

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 98

Traitement de l'insomnie chez les aliénés

par

l'allylisopropylacétyl-Carbamide

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Avril 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Alphonse DALIBERT

Ex-externe des Hôpitaux de Paris

Interne à la Maison de Santé Départementale de Bassens (Savoie)

Né le 15 Décembre 1886 à TILLY-sur-SEUILLES (Calvados)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930

**L'insomnie des aliénés et son traitement
par l'allylisopropylacetyl-Carbamide**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 98

Traitement de l'insomnie chez les aliénés

par

l'allylisopropylacétyl-Carbamide

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Avril 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Alphonse DALIBERT

Ex-externe des Hôpitaux de Paris

Interne à la Maison de Santé Départementale de Bassens (Savoie)

Né le 15 Décembre 1886 à TILLY-sur-SEULLES (Calvados)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FROMENT, président; DEVIC, assesseur;

DECHAUME et BERNHEIM, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma tendre affection et de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

Qu'ils reçoivent ici l'hommage de mon pieux souvenir.

A MES MAÎTRES DES ASILES

MONSIEUR LE DOCTEUR CORNU
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR BURLE

Hommage de ma profonde reconnaissance pour la sollicitude avec laquelle ils nous prodiguèrent leurs conseils, leur enseignement. Ils m'ont initié et fait aimer la psychiatrie. De tout mon cœur, je leur dit merci.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS TIBI, NOIX, BELLIER

Qu'ils acceptent ce travail, gage de ma sincère amitié et des vœux ardents que je forme pour leur bonheur.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN,
DES FACULTÉS ET DES HÔPITAUX
DE PARIS ET DE LYON

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien agréer l'hommage
très respectueux de notre grande
reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'insomnie des aliénés et son traitement par l'allylisopropylacetyl-Carbamide

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur le sommeil

La vie de l'homme et des animaux se partage entre deux états, l'état de *veille* et l'état de *sommeil*, qui correspondent, comme on sait, l'un à la période d'activité, l'autre à la période de repos ou d'inaction des éléments vivants et qui se succèdent habituellement d'une façon périodique et obligatoire le jour et la nuit.

Pendant près d'un tiers de sa vie, l'homme normal est plongé dans le sommeil, qui est un des facteurs nécessaires et indispensables à la santé de l'individu ; non seulement il doit servir à réparer les dépenses, mais il est encore absolument nécessaire au point de vue de la *rénovation physiologique du système nerveux*. La nécessité d'un sommeil régulier, pour se maintenir en bonne santé, a été reconnue depuis

longtemps par les esprits observateurs — témoin cet aphorisme de l'Ecole de Salerne : « *Septem horas dormire sat est juvenique senique* ».

L'importance du sommeil a été proclamée par tous les physiologistes : « Le besoin du sommeil, dit Bécclard, est comme le besoin des aliments, un besoin de conservation. »

Les hygiénistes ne sont pas moins explicites. Pour Michel Lévy, « l'influence bienfaisante du sommeil s'étend à toute l'économie, et il la retrempe, il la régénère ». « La privation de sommeil, écrit Arnaud, est un supplice dont certains peuples se servent vis-à-vis des condamnés à mort. Ne serait-elle que partielle, qu'elle abrégerait l'existence. »

Chez les animaux, nous trouvons l'expérience de Mme de Manacéine, qui, ayant privé de sommeil de jeunes chiens, les vit succomber dans un délai de trois ou quatre jours, c'est-à-dire plus tôt que des animaux témoins soumis à la privation absolue d'aliments.

Quelle est la cause organique du sommeil ?

De nombreuses théories chimiques, histologiques et physiologiques ont été admises pour l'expliquer.

Pour Durham, en 1860, le sommeil est dû à l'anémie du cerveau. A cette théorie se rattache celle de Mme de Manacéine, pour laquelle le sommeil serait provoqué par une nutrition imparfaite de l'encéphale.

Pflüger (Théorie des Schlafes, 1876) rattache le sommeil à la privation d'oxygène.

Preyer explique le sommeil, à la fois par l'absence relative d'oxygène et par la présence en excès de certaines substances dans le sang (déchets de la nutrition et notamment des lactates). (*La cause du sommeil, Revue scientifique*, juin 1877.)

Le professeur Bouchard, dans une série d'expériences, partageant la journée de 24 heures en trois périodes : «de 8 heures du matin à 16 heures, de 16 heures à minuit et de minuit à 8 heures), a constaté que la toxicité des urines, égale à 7 pendant la première période, tombe à 5 pendant la seconde et à 3 pendant la troisième, qui est celle du sommeil.

Il y a encore la *théorie histologique* ou *neuronique* de Mathias Duval. L'état de veille serait caractérisé par le contact intime des arborisations terminales des neurones ; le sommeil, par la rétraction de ces arborisations, leur faisant perdre le contact et interrompant, par conséquent, le passage des excitations de neurone à neurone.

De grands progrès ont été réalisés récemment dans la compréhension des phénomènes du sommeil.

Une connaissance plus approfondie du mésencéphale et du diencéphale, due surtout à l'étude de l'encéphalite léthargique, a permis d'admettre la présence dans le cerveau central d'un dispositif régulateur du sommeil.

Les connaissances et les acquisitions modernes sur ces questions si intéressantes ont été récemment l'objet d'un remarquable rapport de MM. Lhermitte et Au-

guste Tournay, à l'occasion duquel ont été résumées et discutées toutes les notions actuellement connues sur le sommeil.

Envisagé du point de vue biologique, l'homme endormi doit être considéré successivement dans ses fonctions de relation et dans ses fonctions de nutrition : les premières sont suspendues, les secondes peu atteintes.

« Ce qui caractérise le mieux, au point de vue biologique, l'homme endormi, c'est, écrit Jean Lhermitte, l'abaissement du tonus de la musculature striée qui forme contraste avec la contraction de certains muscles soumis ou non à l'exercice de la volonté ; tandis que, chez l'homme normal, les membres, le tronc et le cou sont relâchés, l'orbiculaire des paupières, les sphincters vésico-rectaux, les fibres irido-constrictives, le petit oblique de l'œil, sont en état d'hypertonie pendant toute la durée du sommeil. Quant aux réflexes tendineux, osseux et cutanés, leur diminution est la règle, de même que l'élévation du seuil de toutes les sensibilités. »

Une telle description résume parfaitement l'état du système neuro-musculaire au cours du sommeil. Le bulbe est, de toutes les parties du système nerveux central, celui qui est le moins influencé par le sommeil (persistance des fonctions de nutrition). Par contre, l'activité du cerveau et de la moelle se trouve singulièrement diminuée, voire même suspendue (exception faite pour les périodes de rêve).

« En résumé, bien des obscurités persistent encore au sujet du sommeil, mais sa nature ne nous est plus

totalemeut inconnue. Deux notions capitales ont été récemment acquises : ce sont d'une part la mise en évidence d'un mécanisme inhibiteur s'exerçant sur la corticalité cérébrale, d'autre part l'existence d'un centre régulateur hypnique situé dans la région mésencéphalo-diencéphalique. » (*Presse Médicale*, 23 mai 1928, A. Ravina.)

Le réveil se fait avec plus ou moins de brusquerie, mais sans fatigue. On voit le pouls s'accélérer et le tonus se rétablir.

En somme, le sommeil est un bien précieux, qu'on apprécie d'autant mieux qu'on la perdu, et le nombre de ceux qui le perdent est loin de diminuer, dans la vie agitée de notre civilisation moderne. Rappelez-vous ce qu'en dit Macbeth : « Le sommeil qui remet en ordre l'écheveau confus de nos soucis, le sommeil *mort tranquille* de la vie de chaque jour, pain de l'âpre travail, baume de l'âme malade. »

CHAPITRE II

L'insomnie dans l'aliénation mentale et en particulier dans la mélancolie anxieuse

L'étude du sommeil normal doit être complétée par celle du sommeil pathologique.

Le sommeil peut être *trop court* ou *trop prolongé*, suivant certaines conditions inhérentes aux individus, suivant leurs occupations, leur état de santé. Il peut être *troublé*, *agité* et *interrompu* par des réveils fréquents et successifs qui sont dus, soit à une excitabilité trop vive du système cérébro-spinal, s'accompagnant de phénomènes nerveux (rêves, cauchemars, convulsions), soit à des excitations périphériques, externes ou internes, et dont la plus importante et la plus fréquente est la douleur.

On comprend généralement l'ensemble de ces différents troubles du sommeil sous la dénomination « d'Agrypnie. » (ἀγρυπνία : chasse ; ύπνος : sommeil).

Nous avons enfin la privation, l'absence de sommeil qui constitue, à proprement parler, *l'insomnie*. Plus fréquente chez la femme, elle peut être accidentelle et transitoire, ou durable et permanente, *complète ou incomplète*.

Déjérine range les causes de l'insomnie dans les trois groupes suivants :

1° *Elle relève d'une altération organique ou fonctionnelle du système nerveux.* (Méningites aiguës, tumeurs cérébrales, paralysie générale.) Syphilis cérébrale. *Insomnie des différentes psychoses.*

2° *Elle est symptomatique d'une affection viscérale ou d'un état dyscrasique.* (Insomnies de toutes les maladies douloureuses ; prurits, dyspepsies, arthropathies, etc...)

3° *Elle résulte enfin d'une infection ou d'une intoxication.* (Maladies infectieuses, dothiéntérie, érysipèle, rhumatisme, etc...) Intoxications par le tabac, l'alcool, le café, le thé, la morphine.

Nous nous occuperons spécialement, dans ce travail, de l'insomnie des psychoses, en particulier chez les confus (intoxication) et les anxieux.

L'insomnie ne fait presque jamais défaut dans la période d'acuité de toutes les formes de l'aliénation mentale : les malades passent leur nuit sans sommeil ou ne dorment que d'une manière fugitive.

L'insomnie est de règle dans la manie aiguë, dans la paralysie générale et dans un grand nombre de démences précoces. Elle fait partie intégrante de la confusion mentale, surtout au début (période d'intoxication aiguë). *On la trouve toujours dans les états anxieux.*

Partielle chez les asthéniques, les petits anxieux, individus à fatigabilité intellectuelle et psychique exagérée, déprimés, tristes, enclins aux idées noires, elle est complète chez les grands anxieux, *elle est même le symptôme dominant de l'anxiété.*

Nos observations porteront surtout sur des états anxieux.

L'anxiété (Devaux et Logre) est une émotion caractérisée par un état de douleur morale et d'incertitude, avec sensation fréquente de constriction physique qui constitue à proprement parler l'angoisse. Elle s'accompagne le plus souvent d'insomnie complète. Elle représente la grande douleur morale, l'inquiétude poignante de l'être humain menacé dans son instinct de conservation ; elle est, selon le mot de Brissaud, « *l'image de la mort* ». Elle apparaît, à titre prédominant, au cours d'un grand nombre de psychoses.

Dans la mélancolie, l'insomnie est intermittente, et alterne ordinairement avec des états d'excitation maniaque. De plus, chez le mélancolique et le persécuté, elle peut être logique : le malade, volontairement, ne veut pas dormir, par crainte de subir un mauvais sort durant son sommeil.

Les conséquences de l'insomnie sont des plus graves. Elle représente, avec la fièvre et la diète, les trois grandes causes d'amaigrissement et d'affaiblissement de l'organisme malade, et, dans l'ordre psychique, elle est une source d'excitation ou de dépression, voire même de découragement pouvant aller jusqu'au suicide.

Par contre : « Le retour du sommeil, à la fin d'une manie ou d'une mélancolie, est d'un excellent augure et peut passer pour un des indices les plus certains de la guérison. » (Régis.)

CHAPITRE III

Traitement de l'insomnie des aliénés

Comme nous venons de le voir, l'absence de sommeil, l'absence de cette « cessation réparatrice » des fonctions de relations, détermine, quand elle est prolongée, des altérations plus ou moins profondes dans les cellules nerveuses du lobe frontal, lésions pouvant entraîner la mort.

Aussi, quand l'insomnie est intense, il faut diriger immédiatement vers elle une thérapeutique symptomatique active. Mais il ne faudra jamais omettre d'en rechercher la cause et de combattre celle-ci dans la mesure de nos moyens.

Ainsi un insomniaque, par cardiopathie, peut guérir par la digitaline ; l'insomnie de la période secondaire de la syphilis cède généralement au traitement spécifique.

Les moyens dont nous disposons sont nombreux. Les uns sont tirés de l'*hygiène*, les autres de la *thérapeutique*.

L'hygiène fournit un grand nombre d'indications utiles et précieuses pour prévenir ou même pour combattre l'insomnie.

Dans les cas légers, on aura recours : 1° à *une bonne diététique*, consistant en une suppression des excitants (thé, café, alcool, etc.).

2° *Réglementation des exercices physiques*, une bonne aération de la chambre à coucher, le sommeil dans le décubitus latéral.

Enfin, il faut envisager l'*élément psychique* et écarter, autant que faire se pourra, les préoccupations, les gros ennuis, les émotions, le surmenage.

On essaiera de redresser les erreurs de raisonnement du délirant, on réconfortera le mélancolique.

Les formes rebelles d'insomnie nécessitent des interventions physiothérapiques plus précises.

Hydrothérapie : tub tiède, douche en pluie ;

Balnéothérapie : bains tièdes (32°-36°) prolongés 15 à 20 minutes, le soir avant le dîner ou le coucher, deux heures au moins après le repas du soir ;

Massages, gymnastique méthodiquement réglée ;

Climatothérapie (région de forêts, montagne).

Tous ces moyens ayant été épuisés sans succès, il faut avoir recours à la méthode médicamenteuse, méthode thérapeutique de choix, pouvant être continuée un certain temps, surtout dans les insomnies nerveuses des psychasthéniques.

On emploiera donc, avec discernement, tous les hypnotiques.

a) *Sédatifs* : fleurs d'oranger, valériane, bromure, sédobrol. ;

b) *Hypnotiques proprement dits* : chloral, allonal, somnifène et tous les *barbituriques* ;

c) *Les hypnotiques analgésiques* : opium et ses dérivés (morphine, pantopon).

Mais tous les hypnotiques ont leurs inconvénients particuliers.

L'opium, loin de procurer le sommeil, donne une ivresse particulière, fort recherchée des amateurs. L'opium, qu'il faut prescrire avec une grande prudence chez les cardiaques, les brightiques et dans les états congestifs du système nerveux central (Savy), l'opium fait partie de ces poisons dits euphoristiques qui plongent l'être humain dans un état momentané de bien-être, et dont l'usage crée bientôt une *sensation* de besoin qui devient une sorte de torture morale et conduit les adeptes de cette drogue à la toxicomanie. Tel est encore l'alcool, telles sont la morphine et la cocaïne. Ces analgésiques ne doivent être prescrits que dans les cas où il est impossible de s'en passer.

Le *chloral* hypnotique de choix dans l'hypertension artérielle (manie, alcoolisme, congestion méningée) est un dépresseur neuro-musculaire et est contre-indiqué dans les états hypotensifs avec tendance à la cyanose.

Les nombreux hypnotiques dont la synthèse chimique a doté la thérapeutique pendant ces dernières années, peuvent se classer, par leur constitution et leur propriété, en un très petit nombre de groupes.

Ceux qui comptent le plus de représentants sont les *dérivés barbituriques* et les *composés organiques bro-*

més, hypnotiques très actifs, mais dont l'usage comporte de fâcheux inconvénients.

Tous les *dérivés barbituriques* sont des médicaments puissants dont l'usage continu s'accompagne souvent de petits troubles bien connus, tels que : lourdeur de tête, céphalée, torpeur, lassitude. Ingérés à des doses excessives, ils provoquent toute une série de troubles graves qui relèvent de l'imprégnation du système nerveux central et neuro-végétatif, ainsi que d'une atteinte des fonctions hépato-rénales.

D'autre part, l'administration répétée des *composés organiques bromés* est susceptible de provoquer, en cas d'élimination insuffisante, une réelle diminution de la puissance intellectuelle (affaiblissement de la mémoire, hébétude).

Pour notre expérimentation clinique dans un asile d'aliénés, nous avons employé un hypnotique synthétique, exempt de brome, qui diffère nettement, par sa constitution, des dérivés barbituriques : le « Sédormid » ou *allylisopropylacétyl-carbamide*, dont la formule est la suivante :



Cette préparation est présentée sous forme de comprimés contenant 0 gr. 25 de substance active. Chaque comprimé présente une rainure médiane et peut être divisé en deux si on le désire.

CHAPITRE IV

L'allylisopropylacétyl-Carbamide Pharmacologie - Action thérapeutique

Parmi les hypnotiques, le groupe le plus riche en composés intéressants est le groupe des *uréides*.

On peut subdiviser ces hypnotiques, qui ont l'urée comme noyau commun de constitution, en trois groupes :

- 1° Ethers de l'acide carbamique ;
- 2° Dérivés de la Malonylurée (improprement appelée acide barbiturique) ;
- 3° Dérivés directs de l'urée (sels organiques).

C'est dans ce dernier groupe que rentre l'allylisopropylacétyl-carbamide.

En sa qualité d'acide bibasique, CO^2 , l'acide carbonique peut donner un monamide à fonction acide, c'est l'acide carbamique (inconnu à l'état libre)

$\text{O} = \text{C} \begin{smallmatrix} \text{NH} \\ \text{NH}^2 \end{smallmatrix}$, et un diamide qui est l'urée $\text{O} = \text{C} \begin{smallmatrix} \text{NH}^2 \\ \text{NH}^2 \end{smallmatrix}$

Dans l'urée, on peut remplacer un des atomes d'hydrogène des groupes NH^2 par des restes de carbures, saturés ou non, et l'on obtient alors des urées substituées que l'on appelle des *uréines*, tandis que la substitution, à un des atomes d'hydrogène de ces mêmes groupes, de restes d'acide, fournit les *uréides*. C'est ainsi que l'uréthane ou carbamate d'éthyle résulte de la substitution d'un radical C^2H^5 à l'hydrogène d'un oxyhydryle dans l'acide carbamique.

L'influence hypnotique ne s'exerce énergiquement sur la cellule nerveuse que grâce à l'intervention du groupement amidogène NH^2 qui sert pour ainsi dire de mordant.

L'urée joue le rôle de noyau fixateur. L'allylisopropylacétylcarbamide est un uréide résultant de la substitution à un atome d'hydrogène d'un des groupes NH^2 groupement amidogène NH^2 de l'urée, d'un radical acide complexe acétylallylisopropyl, c'est-à-dire d'un radical acétyl $\text{OH} - \text{CO} - \text{CH}^3$, dans lequel un des atomes d'hydrogène du groupe CH^3 est remplacé par un radical allyl C^3H^5 et un second atome d'hydrogène par un radical isopropyl C^3H^7 ; en d'autres termes, l'acide allylisopropylacétique et l'urée ont éliminé une molécule d'eau aux dépens de l'oxyhydryle de l'acide allylisopropylacétique et d'un atome d'hydrogène d'un des groupes NH^2 de l'urée.

Le « Sédormid », dont le poids moléculaire est 184, se présente sous la forme d'une poudre cristalline, blanche, fondant à 194° , peu soluble dans l'eau, et *par conséquent non injectable*. Son étude pharmacodynamique a été faite par Demole et a montré des propriétés hypnotiques manifestes, en même temps que sa rapide destruction.

L'étude clinique a prouvé que c'est un hypnotique doux et sédatif, à la dose moyenne, au début, de 50 à 65 centigrammes. On peut dépasser largement ces quantités et aller jusqu'à un gramme.

Pour déterminer la valeur d'un hypnotique, il faut toujours avoir recours à l'expérimentation sur l'animal à sang chaud, ou à l'observation clinique.

On a étudié les propriétés somnifères du « Sédormid » chez plusieurs espèces animales, et poursuivi l'étude de sa transformation et de sa *toxicité* dans l'organisme.

Avec le « Sédormid », on trouve, chez la *souris* (calculé par kilogramme d'animal), les effets suivants par administration « *per os* » :

0,25 centigr. : titubation ;

0,05 centigr. : sommeil profond pendant 3 à 24 heures ;

0,66 centigr. : mort après 24 heures de sommeil.

Ces chiffres varient également pour le *cobaye* et le *rat*.

Chez le *lapin*, nous avons, par kilogramme d'animal :

avec 0,20 : ataxie ; 0,25 : sommeil de courte durée ;

0,40 : sommeil pendant 8 heures ;

1 gr. : sommeil *profond* pendant 9 heures ;

1 gr. 25 : dose toxique.

Les grands carnassiers sont beaucoup plus sensibles à l'égard du « Sédormid ».

Chez le chien, on a, avec 0 gr. 05 centigrammes par kilo, un effet sédatif et hypnotique doux ; avec 0,15 le chien est encore facile à réveiller ; avec 0,20 centi-

grammes, sommeil de 4 à 5 heures ; avec 0,30, sommeil de 24 heures, et avec 0,40, dose mortelle.

La dose mortelle du « Sédormid » est très éloignée de la dose hypnotique. Chez le chien, par exemple, elle est huit fois plus grande.

Avec ces doses indiquées chez les animaux, on n'a jamais observé de malaises, de vomissements, de diarrhée, d'agitation.

On constate, tout au plus, un léger état euphorique.

En résumé, pas d'effet sur la température, léger ralentissement de la respiration pendant le sommeil ; pour le cœur, le nombre des pulsations demeure à peu près inchangé. D'autre part, aucun effet nocif sur la sécrétion rénale.

Après administration de doses subtoxiques, l'urine ne contient ni albumine, ni sucre.

Il faut donc admettre que l'allylisopropylacétyl-carbamide est détruit presque entièrement dans l'organisme.

On n'a pu, en effet, retrouver le médicament dans les urines que dans des proportions infinitésimales.

Séduit par cet hypnotique doux, nous l'avons, sur les conseils de nos maîtres, les Docteurs Cornu et Burle, expérimenté systématiquement chez un grand nombre de malades, particulièrement chez des *anxieux*, des *mélancoliques*, des *confus*.

Nous avons, comme déjà dit, utilisé des comprimés de « Sédormid » dosés à 0,25 centigrammes.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I

M. Per..., 57 ans, cultivateur.

Entré à l'Asile le 17 janvier 1929.

Avant son admission : Terreurs, cris nocturnes, idées de persécution. Crises d'agitation.

A son entrée : Débilité mentale avec accès intermittents d'agitation. Hallucinations (voit le roi d'Espagne). Pas d'ap-point alcoolique. Insomnie.

Le 7 février : Après avoir parlé sans cesse pendant trois jours et trois nuits, prend un comprimé de « sédormid » dosé à 0,25. Dort, une demi-heure après, de 7 h. 45 à minuit. Légère agitation le reste de la nuit.

Le 8 février : Deux comprimés à 6 h. et 6 h. 30 du soir. Dort de 7 h. à 5 h. du matin. Calme au réveil.

Les 9, 10, 11, 12 : Le malade prend un comprimé et demi et dort régulièrement de 8 h. du soir à 2 h. du matin.

Du 13 au 15 : Prend un seul comprimé et dort jusqu'à 5 h. du matin, mais est légèrement prostré au réveil.

Interruption le 16 et le 17. Il dit sommeiller.

du 18 au 26 : Un seul comprimé de 0,25 centigr. Sommeil normal, réveil naturel.

Le traitement est alors interrompu. Le malade est calme, peu tourmenté, demande parfois un comprimé lorsqu'il a une légère céphalée.

Toujours à l'asile en octobre 1929. N'a plus d'insomnie.

OBSERVATION II

M. Th... Jean, employé P.-L.-M.

Entré à l'Asile le 14 février 1927.

Lors de l'entrée : Confusion mentale avec idées mal systématisées de persécution. Début déjà lointain, vivait seul, sans amis, s'agitait parfois. Cette agitation a motivé son internement. (Pas d'appoint alcoolique).

En janvier 1929 : Idées de persécution (on agit sur lui à distance). Subagitation. Empêche ses camarades de dormir. Insomnie complète.

7 février 1929 : Deux comprimés à 0,25. Aucun effet. Nuit agitée.

8 et 9 février : Deux comprimés. Effet à partir de 21 h. Nuit calme.

10-11 février : Deux comprimés. Effet à partir de 19 h. Nuit calme.

12 février : Un comprimé et demi. Même résultat.

Le 13 : Pas de comprimé. Nuit agitée.

Le 14 : Deux comprimés. Effet à partir de 22 heures. Agitation légère vers 4 heures du matin.

Du 15 au 18 : Deux comprimés. Le malade dort de 22 h. à 5 h. du matin.

Du 19 au 21 : Un comprimé et demi. Même résultat.

Le 22 : Dort sans comprimé.

Du 23 au 1^{er} mars : Sommeil calmé avec un demi-comprimé.

Depuis cette date le malade ne prend plus de Sédormid. Il est calme, s'occupe dans le pavillon, n'est plus actionné.

OBSERVATION III

M. Co... Nicolas, 51 ans, journalier.

Transféré de Ville-Evrard. Entré à Bassens le 18 décembre 1927.

Certificat de transfert. — « Est atteint de débilité mentale avec chorée chronique. Mère décédée internée à Vaucluse ».

En janvier 1929 : Chorée. Subagitation presque continuelle. Parle toute la nuit (se plaint lui-même d'insomnie), empêche ses camarades de dormir.

14 février : Deux comprimés à 0,25. Dort toute la nuit.

15 février : Deux comprimés. Dort de 8 h. à minuit.

Du 16 au 22 : Deux comprimés. Le malade dort toute la nuit mais est un peu prostré le 23 au réveil.

Le 23 : Pas de comprimé. Bon sommeil.

Le 24 et le 25 : Un comprimé. Même résultat.

Du 26 février au 7 mars : M. Co... ne prend qu'un demi-comprimé et repose très bien.

Le 7 mars : Pas de « sédormid ». Dort très bien.

Du 8 au 15 : Un demi-comprimé. Même résultat.

Le traitement cesse le 16 mars. Le malade a toujours un caractère difficile mais ne s'agite plus. *Il dit que les comprimés lui ont appris à dormir.*

Par la suite il demande parfois un comprimé.

Décédé en septembre 1929 d'hémorragie cérébrale.

OBSERVATION IV

M. B... Pierre, 64 ans, limonadier.

Entré le 30 décembre 1928.

A l'entrée : Démence par lésion cérébrale organique, trou-

bles profonds de l'intelligence. Incohérence des propos. Subagitation. Pas de signes de syphilis. Appoint alcoolique. En somme, ramollissement cérébral.

Le 23 janvier 1929 : Hémiplégie droite subite. Restitutio ad integrum en 8 jours. Le malade est alors plus lucide. La mémoire revient, mais il se plaint d'insomnie.

Le 12 février : L'insomnie est complète et il y a subagitation.

Le 13 février : Deux comprimés à 0,25. Dort toute la nuit.

Le 14 : Deux comprimés. Ne dort que trois heures.

Le 15 et le 16 : Même traitement. Le malade dort la nuit entière.

Et le 17 reste somnolent jusqu'à 9 heures du matin.

Du 17 au 23 : Un comprimé et demi. Dort bien, mais est parfois légèrement agité dans la journée.

Du 24 au 26 : Un seul comprimé. Dort toute la nuit. Est calme tout le jour, malgré un anthrax de la région fessière.

Le 27 : Dort sans comprimé. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Du 28 février au 6 mars : Un seul comprimé. Le malade dort très bien. Est calme dans la journée, se lève un peu, paraît plus lucide.

Du 7 mars jusqu'à la fin du mois, M. B... prend chaque soir un demi-comprimé, il le réclame.

Cessation du traitement en avril.

En résumé : On a une récupération du sommeil et une grande amélioration mentale chez un organique, amélioration persistante jusqu'au 6 septembre, jour où le malade est décédé par ictus apoplectiforme.

OBSERVATION V

Ma..., femme M..., 40 ans, employée de commerce.

Entrée le 24 octobre 1924.

A l'entrée : Confusion mentale avec dépression mélancolique. Idées de suicide.

En février 1929 : La malade est triste. Réticente indifférente. Elle s'occupe régulièrement à la couture mais évite la compagnie. Est parfois subagitée et se plaint de céphalée qu'elle attribue au manque de sommeil. Son sommeil est rare et agité.

Du 8 au 12 février : Prend chaque soir un comprimé et demi et dort de 8 h. à 3 ou 4 h. du matin, Aucune fatigue au réveil.

Du 13 au 25 : Un comprimé. Dort d'un sommeil calme et reposant.

Du 28 février au 10 mars : Un seul comprimé avec interruption le 3 et le 7 mars. A cette date, cessation du traitement. La malade dort régulièrement. La céphalée a disparu, mais l'indifférence subsiste.

Grande amélioration mentale en avril, l'insomnie a complètement disparu et la malade — qui aurait pu sortir plus tôt — quitte l'Asile complètement guérie le 12 septembre 1929.

OBSERVATION VI

Bur... Marie, femme B..., 32 ans, couturière, mère d'un enfant.

Entrée le 9 août 1928. Deuxième admission.

Lors de l'admission : Confusion mentale paroxystique avec impulsion suicide (tentative récente de section du cou).

En janvier 1929 : La malade est calme, s'occupe mais reste mélancolique avec idées de culpabilité. Insomnie habituelle. Elle attribue son état mental au manque de sommeil.

Le 5 février : Deux comprimés. Sommeil calme de 8 h. du soir à 5 h. du matin.

Du 6 au 14 février : Un comprimé et demi. Elle dort régulièrement, aucune fatigue au réveil.

Du 14 février au 12 mars : Un comprimé (sauf le 3 et le 6).

Sommeil normal d'une durée moyenne de six à sept heures. Depuis aucun comprimé.

Actuellement (octobre 1929) : La malade dort régulièrement, est gaie, bien portante, travaille avec beaucoup d'initiative, mais pour des raisons de famille ne peut encore sortir de l'Asile.

OBSERVATION VII

Mlle D... Alice, 39 ans, cultivatrice.

Entrée le 28 février 1926.

Lors de l'admission : Dégénérescence mentale avec accès d'agitation. Réactions violentes. Mauvaise humeur, refus de répondre.

Fin 1927 : Résistance. Maniérisme. Indifférence affective complète. Incapacité de se diriger. Hallucinations. Evolution vers la démence précoce.

Février 1929 : Démence précoce. Turbulence. Crie la nuit. Insomnie presque complète.

Le 8 février : La malade prend deux comprimés et dort de 8 h. à 1 h. du matin. Après, très légère agitation.

Du 9 au 12 février : Deux comprimés. Le sommeil est plus prolongé, de 8 h. à 2 h. 30, voire 4 h. du matin. Elle est moins turbulente dans la journée et fait moins de difficultés pour s'alimenter.

Du 13 au 20 : Un comprimé et demi. Même résultat.

Du 20 au 25 : La malade a ses règles. Elle prend alors deux comprimés et malgré cela il y a agrypnie (sommeil agité, la malade parle en rêvant). Dans la journée, agitation légère.

Du 25 février au 8 mars : Deux comprimés ou un comprimé et demi. Le sommeil reprend sa durée habituelle comme au début du traitement (durée de six à sept heures). Tranquillité relative dans la journée.

Du 8 au 15 : Un seul comprimé. Même état.

A partir du 15 : Cessation du « Sédormid », la malade n'a plus jamais repris de comprimé, et actuellement (octobre 1929) elle dort d'une façon normale, mais l'évolution démentielle continue.

OBSERVATION VIII

Fll. Jeanne, 40 ans, trois enfants, journalière.

Entrée le 1^{er} août 1919.

Certificat de quinzaine : Dégénérescence mentale avec troubles du langage (parole nasonnée, prognathisme). Débilité intellectuelle, idées confuses de persécution avec réaction mélancolique (croit qu'on veut la tuer).

Actuellement, février 1929 : Cette malade, qui présente des alternatives de calme et de subagitation, tout en restant une grande travailleuse, a en ce moment une période d'insomnie quasi-complète.

Du 20 au 28 février : Deux comprimés. Dort de 8 h. du soir à 3 et 4 h. du matin. Travaille toute la journée.

Du 1^{er} au 10 mars : Un comprimé. Même résultat.

Du 11 au 15 : Pas de comprimé. La malade dort très mal.

Le 15 : Sommeil interrompu; agité, de nouveau elle prend chaque soir un comprimé jusqu'au 2 avril, et cesse tout traitement. Le sommeil redevient normal. Depuis disparition de l'insomnie.

OBSERVATION IX

Ci., Marguerite, veuve B..., 40 ans, employée d'usine.

Seconde admission le 6 novembre 1919.

A l'entrée : Délire hallucinatoire de persécution à base d'interprétation (on l'empêche d'agir, nombreuses fugues pour

échapper à ses persécuteurs qui l'insultent). Hallucinations auditives.

Mars 1929 : Cette malade a toujours eu de l'insomnie partielle. Elle est triste, anxieuse, mais s'occupe à la couture régulièrement. Depuis cinq jours, insomnie totale, inaction, anxiété augmentée.

Du 8 au 14 mars : Deux comprimés à 0,25 chaque soir. La malade dort d'un sommeil paisible de 8 h. 30 à 3 ou 4 heures du matin. Aucune lassitude au réveil.

Le 15 et le 16 mars : Un comprimé et demi. Même résultat. Marguerite B... se remet à la couture.

Du 16 au 31 mars : Un comprimé. Sommeil normal.

Du 1^{er} au 10 avril : Un demi-comprimé.

A cette date, cessation de la médication. La malade dort, est calme, s'occupe, mais reste hallucinée.

OBSERVATION X

Mlle Ch... Louise, 75 ans, sans profession.

Entrée le 7 février 1929.

Certificat de quinzaine : Affaiblissement des facultés intellectuelles d'origine sénile. Désorientation dans le temps et l'espace. Garde le lit. Asthénie anxieuse. Insomnie.

Le 25 février : Un comprimé et demi. La malade dort de 9 h. à 3 h. du matin. Aucune lassitude au réveil.

Du 25 février au 5 mars : Un comprimé et demi. Même résultat et la malade peut se lever dans l'après-midi du 5 mars.

Du 5 mars au 4 avril : Un seul comprimé chaque soir. Sommeil calme, paisible. La malade, levée dans l'après-midi, ne se couche qu'après le repas du soir.

Le traitement est alors interrompu, l'insomnie a disparu.

Mlle C... paraît plus lucide, n'est plus anxieuse, et l'état physique est très amélioré.

OBSERVATION XI

Mlle R... Marie-Joséphine, 33 ans, trois enfants, ouvrière d'usine.

Entrée le 18 mars 1929.

Lors de l'admission : Débilité mentale avec idées mélancoliques. Réactions agitées par moments. Hallucinations élémentaires de l'ouïe. Instabilité mentale. A essayé de mutiler son ami. Insomnie.

On a commencé le traitement le 20 mars et :

Du 20 au 31 : La malade prend chaque soir deux comprimés de 0,25. Elle dort de 9 h. du soir à 2 ou 3 h. du matin ; après somnolence, et dans la journée, légère hébétude.

Du 1^{er} au 8 avril : Un comprimé et demi. Le sommeil est meilleur. Mlle R... est plus calme, plus lucide, et elle demande à s'occuper le 7 avril.

Du 9 au 30 avril : Un seul comprimé de 0,25, l'amélioration continue. La malade dort régulièrement et s'occupe.

Le traitement cesse le 1^{er} mai. L'insomnie a disparu. Il reste de l'indifférence affective.

Dans la suite, l'amélioration est progressive. Mlle R... pense à sa famille, à ses enfants. Elle sort guérie le 24 octobre 1929.

OBSERVATION XII

Mme D..., née R..., 37 ans, ménagère.

Entrée le 17 mars 1929.

Certificat immédiat : Est atteinte de folie intermittente avec alternatives de dépression et d'excitation. Troubles hallucinatoires. Idées de persécutions. Hérité chargée.

En ce moment, dépression. Etat anxieux. Insomnie complète.

Le 19 mars : Deux comprimés à 0,25. Dort de 9 heures du soir à 3 heures du matin.

Du 20 au 31 mars : Même dose de « Sédormid ». Même résultat. La malade se lève et est moins inquiète.

Du 1^{er} au 22 avril : Un seul comprimé. La malade dort régulièrement, cesse de gémir. Demande à travailler. L'état physique est très satisfaisant. On interrompt le traitement.

Le 10 mai : Après trois semaines de bon sommeil, Mme D..., qui ne prend plus de comprimés, fait subitement un accès d'agitation maniaque.

Cet accès dure environ un mois et le « Sédormid » n'a aucune action. Retour au calme vers la mi-juin, légère dépression, la malade prend parfois un comprimé de 0,25 avec succès.

Elle sort guérie le 31 juillet.

OBSERVATION XIII

Mlle Le... Jeanne, sans, profession, 38 ans.

Entrée le 22 janvier 1923.

Lors de l'admission : Affaiblissement des facultés intellectuelles avec instabilité, idées de persécution, dissociation mentale, perte de l'affectivité, réactions vives parfois. Tentative de suicide (s'est jetée dans le lac).

Actuellement : La malade est atteinte de « démence précoce » et a de l'insomnie depuis environ un mois.

Le 10 mars 1929 : Un comprimé de 0,25. Dort de 8 heures à minuit.

Le 11 mars : Deux comprimés. Dort de 8 heures à 3 heures du matin.

Du 12 mars au 11^{er} avril : Deux comprimés. La malade repose de 8 heures du soir à 3 ou 4 heures du matin.

Du 1^{er} au 15 avril : Un comprimé avec même résultat.

Depuis cette date la malade prend parfois un comprimé. En juin, l'insomnie a disparu, mais il n'y a aucun changement dans l'état mental.

OBSERVATION XIV

M. G... Auguste, distillateur.

Entré le 25 mars 1903 : Au moment de son admission a des idées de persécution, des idées mystiques et des hallucinations des divers sens. Dans la suite a eu des alternatives de calme et d'agitation. A même été très violent.

Le 20 février : M. G..., au cours d'une chute, se fait une fracture du col du fémur et vers le 20 mars se plaint d'insomnie complète. En somme, nous nous trouvons en présence, chez une blessé, d'un cas d'insomnie non causé par la douleur.

Du 22 mars au 2 avril : Deux comprimés chaque soir, dort de 8 heures à 2 heures du matin.

Du 2 au 25 avril : Un seul comprimé. Dort environ cinq heures par nuit.

On cesse alors le traitement et, fin mai, le malade dit avoir toujours dormi depuis d'une façon satisfaisante.

Même état en octobre.

Observations

portant sur des cas de mélancolie anxieuse

OBSERVATION XV

Mme B..., née Al..., 34 ans, tulliste.

Entrée le 22 octobre 1928.

Certificat immédiat : Est atteinte de mélancolie suicide obsédante avec conscience. Idées d'indignation, de culpabilité (se reproche d'avoir mal soigné sa petite fille), pleure, se lamente..

Après une amélioration lente et progressive fait le 1^{er} février une rechute subite. Très grande anxiété, insomnie complète

pendant quatre nuits. Le chloral et la morphine sont sans effet.

Du 5 au 10 février : Deux comprimés à 0,25. Dort de 8 h. du soir à 2 ou 3 h. du matin. Sommeil calme, mais, dans la journée, même état d'anxiété.

Aucun traitement le 10. La malade repose tranquillement et est moins inquiète le lendemain.

Du 11 au 19 : Même dose d'hypnotique. Mme B... repose d'un sommeil calme de 8 h. à 4 h. du matin. Elle est moins anxieuse mais toujours très délirante. Elle dort, mais « elle sait qu'elle ne peut pas guérir ».

Le 19 : Elle a la visite de son mari, et le lendemain, pleurs, gémissements, subagitation.

Les 20, 21 et 22 : Trois comprimés à 0,25, l'un pris à 7 h., les deux autres à 9 h. Elle sommeille toute la nuit et redevient plus tranquille.

La médication est continuée du 23 février au 8 mars avec deux comprimés. La malade dort d'un sommeil calme, s'alimente seule. Ecrit des lettres affectueuses.

Les 9, 10, 11 mars : Un comprimé et demi. Grande amélioration mentale et la malade peut se lever le 11.

Du 11 au 15 : Un seul comprimé. Elle passe de bonnes nuits, travaille un peu à la couture, demande sa sortie.

En somme on a : disparition de l'insomnie, retour de l'affectivité, mais il reste des idées d'impuissance.

Sort guérie le 18 juin 1929.

OBSERVATION XVI

Mme veuve G..., née M..., 59 ans, rentière.

Entrée le 17 octobre 1928.

Certificat de quinzaine : Mélancolie anxieuse avec idées de culpabilité (n'a pas fait son devoir à l'égard de ses enfants), frayeurs, désorientation, gémissements. Crainte d'empoisonnement, refus de nourriture. Nourrie à la sonde plusieurs fois.

En janvier : Malgré chloral, opium, hyoscine, gémissements, agitation, insomnie.

Le 5 février : Un comprimé et demi. Dort de 8 h. 30 à 3 heures du matin.

Les 6, 7 et 8 février : Deux comprimés. Sommeille de 8 h. du soir à 4 h. du matin, mais gémit toujours dans la journée et a les mêmes idées délirantes.

Le 9 on ne donne rien à la malade qui toute la nuit présente de l'agitation anxieuse.

Du 10 au 14 : On administre à nouveau deux comprimés de 0,25. Les nuits sont calmes. Mme G... peut se lever, elle s'alimente seule mais est toujours inquiète pendant le jour.

Le traitement est continué du 15 au 23 avec un comprimé et demi. Le sommeil est bon, l'anxiété est très diminuée, la malade s'occupe à la couture et écrit deux lettres très sensées et très affectueuses.

Du 23 février au 2 mars : Un seul comprimé. La malade repose la nuit, s'occupe, devient plus lucide. Mme G... dort sans comprimé le 3 mars, avec un comprimé du 3 au 6, et avec un demi (0 gr. 10) du 7 au 12. Le sommeil est très bon, pas d'abattement au réveil.

On cesse le traitement. L'amélioration est très nette. La malade reste un peu puérile. Elle sort très améliorée le 11 avril 1929.

OBSERVATION XVIII

Mme C..., née D..., 39 ans, cultivatrice.

Entrée le 25 septembre 1928.

Lors de l'admission : Etat mélancolique avec idées de persécution et de jalousie reposant sur des interprétations délirantes et des hallucinations auditives (début : trois mois).

En janvier : Après une légère amélioration, se lamente à nouveau, s'écorche le visage, s'accuse, idées d'indignité, insomnie partielle persistante.

Du 9 au 14 février : Deux comprimés à 0,25 (pris à demi-heure d'intervalle). Dort de 8 h. à 4 h. du matin. Sommeil régulier, bon réveil. Est moins tourmentée dans la journée, s'occupe un peu.

Du 15 au 18 : Même résultat avec un comprimé et demi.

Le 18 : Refuse de s'occuper, se croit perdue.

Du 18 au 24 : Deux comprimés.

Et du 25 février au 6 mars : Un comprimé et demi. Le sommeil est recouvré, le mieux continue (une seule journée de tristesse).

Du 6 au 10 : Un comprimé.

Le 11 : Malade demande à travailler en cuisine. On cesse alors la médication.

En somme : disparition de l'insomnie, retour au calme, à l'affectivité.

La sortie est envisagée, mais pour des raisons de famille la malade reste à l'Asile où elle est encore en octobre.

Son état physique est excellent, elle a de l'initiative, dort normalement.

OBSERVATION XIX

Mme V..., née M..., 51 ans, cultivatrice, cinq enfants.

Entrée le 7 mars 1928. Cette malade a été internée deux fois et a fait une tentative de suicide.

Certificat de quinzaine : Délire polymorphe avec idées vagues de persécution. Idées mystiques (est tourmentée par les démons), réactions névropathiques. Tremblement.

Fin avril 1928 : Amélioration, la malade se lève et travaille.

En janvier 1929 : Présente de la subagitation et une grande dépression mélancolique (auto-mutilation, gémissements continus, insomnie complète et persistante. Un traitement par le cacodylate de soude à hautes doses ne donne aucun résultat.

Du 8 au 9 février 1929 : Deux comprimés à 0,25. Dort de 8 h. à 2 h. du matin.

Du 9 au 16 février : Même dose d'hypnotique. La malade dort chaque nuit six ou sept heures. Elle garde le lit. Gémit moins le jour. S'alimente seule.

Du 17 au 25 : Un comprimé et demi. Le sommeil reste bon. Mme V..., qui s'écorche encore parfois le visage, est moins tourmentée.

Et le 25, demande à se lever.

Du 25 février au 8 mars : Même dose de « Sédormid ». Même résultat.

A cette date la malade demande un seul comprimé qu'elle prend chaque soir jusqu'au 15 mars. Le sommeil persiste. Le traitement est supprimé. On constate les jours suivants la disparition de l'insomnie, mais l'inaction et l'indifférence persistent.

OBSERVATION XX

Mlle J... Félicité, 76 ans, cultivatrice.

Entrée le 10 juin 1925.

Certificat de quinzaine : Mélancolie avec anxiété. Idées de damnation et de culpabilité. Se croit maudite, dit avoir gâché sa vie (alors qu'elle a fait beaucoup d'aumônes).

En janvier 1929 : Même état. La malade a eu depuis son entrée des périodes de calme pendant lesquelles elle travaillait régulièrement tout en gémissant). En ce moment, grande anxiété, auto-accusation. Insomnie presque complète. Empêche ses voisines de reposer la nuit par ses gémissements.

Le 6 février 1929 : Un comprimé et demi pris à 7 h. 30. Dort de 8 heures à minuit.

Du 7 au 11 : Deux comprimés. Repose de 8 h. à 3 ou 4 h. du matin. Dans la journée l'inquiétude est moindre, et le 12 la malade s'occupe un peu.

Elle ne prend qu'un comprimé et demi du 12 au 13, elle dort bien, et le 14 demande à retourner à l'ouvrage.

14 février au 12 mars : Le traitement est continué avec un seul comprimé de 0,25. Bon sommeil de six à sept heures. L'amélioration continue. La malade reste parfois un soir sans médication, le repos est le même.

Le 13, on cesse le traitement.

Dans la suite la malade a pris quelquefois un comprimé, elle moins gémissieuse.

Mlle J... est décédée le 11 mai d'hémorragie cérébrale.

OBSERVATION XXI

Mme D..., née G...-R..., 56 ans, cultivatrice.

Entrée le 23 février 1929. Quatrième internement. En 1918 post-partum.

Certificat immédiat : Accès de mélancolie anxieuse avec idées de ruine, pleure, se lamente. Est consciente de son état, pense à l'avenir de ses enfants dont le père est à l'hôpital. Insomnie complète.

Du 26 février au 3 mars : Deux comprimés à 0,25, pris à une demi-heure d'intervalle. Le premier soir, dort de 8 h. à minuit, les autres soirs de 8 h. à 11 h. 30.

Du 4 au 12 : On continue à donner deux comprimés, la malade repose d'un sommeil normal de 8 h. à 3 h. du matin environ, et le 12 elle se lève sur sa demande.

Du 13 au 23 : Elle dort très bien avec un seul comprimé. Vers le 20, elle travaille régulièrement, se rend compte de son état antérieur, se sent mieux, reprend goût à l'existence.

Un demi-comprimé est donné chaque soir jusqu'au 1^{er} avril.

Le traitement est interrompu. L'amélioration est continue et rapide, plus d'insomnie et la malade sort guérie le 31 mai 1929.

OBSERVATION XXII

Mme veuve R..., née La..., ménagère.

Entrée le 1^{er} décembre 1928.

Certificat de quinzaine : Dépression mélancolique avec trouble confusionnel des idées, tendances persécutées (sitiophobie, blessure volontaire à la main, en rend les voisins responsables. Hallucinations auditives.

Fin février : Même état, mais, de plus, insomnie presque complète.

Le 1^{er} mars : Dort de 8 heures à 1 heure du matin avec deux comprimés à 0,25. Après, somnolence.

Du 2 au 14 : On continue à administrer deux comprimés. La malade dort de 8 heures à 2 ou 3 heures du matin. Elle est moins troublée dans la journée et se lève le 12 mars.

Du 15 mars au 6 avril : Un seul comprimé est donné chaque soir et procure un sommeil normal de six à sept heures. La malade s'occupe tout le jour et est très calme.

A présenté depuis cette date quelques nuits d'insomnie partielle, cédant à un comprimé de Sédormid.

Elle sort très améliorée le 30 juillet 1929

OBSERVATION XXIII

Mlle D... Franceline, 45 ans, infirmière à l'Asile depuis 20 ans.

Admise le 27 juin 1928.

Certificat de quinzaine : Agitation maniaque confusionnelle avec préoccupations mystiques, idées de culpabilité, d'indignité.

En février 1929 : L'état s'est aggravé, les idées de persécution sont plus accentuées, l'agitation a presque disparu,

mais la malade présente une grande anxiété, une grande douleur morale. Le chloral est sans effet et l'insomnie est continue (gémissements toute la nuit).

Le 15 février : Deux comprimés à 0,25 pris en même temps à 8 heures. Dort de 8 h. 30 à 3 heures.

Même traitement du 16 au 28 et même résultat. Sommeil tranquille durant environ six heures, mais dans la journée Mlle D. reste très tourmentée.

Du 1^{er} au 25 mars : Il n'est administré qu'un comprimé et demi. L'anxiété a beaucoup diminué et le sommeil reste bon.

Un seul comprimé est donné chaque soir du 25 mars au 10 avril. Sommeil normal et amélioration dans l'état mental.

On cesse le « Sédormid » le 10 avril et nous pouvons constater que si la malade reste mélancolique, elle a retrouvé le sommeil.

Depuis ce jour la malade a quelquefois de l'insomnie légère, elle prend alors un comprimé et passe une bonne nuit.

OBSERVATION XXIV

Mme F..., née N... Joséphine, 42 ans, ménagère.

Entrée le 18 avril 1929.

Lors de l'admission : Dépression mélancolique avec idées d'auto-accusation. Fonds confusionnel. A fait chez elle une tentative de suicide. Insomnie complète et persistante.

Le 22 avril : Trois comprimés à 0,25, administrés l'un à 5 heures, après somnolence légère, les deux autres à 8 heures et 8 h. 30. La malade dort régulièrement de 9 à 3 heures du matin. Par contre elle est très troublée dans la journée.

Le 23 et le 24 : On donne également trois comprimés à 0,25. Même résultat pour le sommeil. Diminution de l'inquiétude.

Du 25 au 30 : Deux comprimés seulement le soir. Sommeil

calme pendant environ six heures. Est plus reposée le jour, gémit beaucoup moins.

Se lève fin avril.

Dort régulièrement de 8 heures à 3 ou 4 heures du matin du 1^{er} au 6 mai avec un comprimé et demi et s'occupe dans le pavillon.

Du 6 au 25 mai : Un comprimé chaque soir. L'amélioration est progressive. Plus d'insomnie, une tranquillité relative est revenue. La malade s'occupe de gros travaux.

Après une période de calme, la malade, vers le commencement de septembre, rechute et fait une forme d'excitation maniaque intense. Le Sédormid est sans effet. Le Somnifère en injections sous-cutanées (deux ampoules de 2 cmc. au début) nous a donné d'excellents résultats, et, en ce moment — fin octobre — la malade, à laquelle on n'injectait plus qu'une ampoule de 2 cmc. de Somnifène tous les deux jours, est beaucoup plus calme, bien qu'ayant un sommeil interrompu.

OBSERVATION XXV

Mlle Pas... Marie-Louise, 50 ans. Sans profession.

Entrée le 11 mars 1929.

Certificat immédiat : Mélancolie avec douleur morale, sentiment d'impuissance, désir de mourir et sitiophobie. Est nourrie à la sonde le 13 et le 14. Insomnie.

Le 14 mars : Deux comprimés à 0,25, dort de 8 heures à 1 heure du matin.

Du 15 au 25 : Deux comprimés. Repose de 8 heures à 2 ou 3 heures. Sommeil calme, réveil tranquille. Le 23, la malade se lève, s'alimente seule, demande à s'occuper.

Un seul comprimé est donné le soir du 26 mars au 10 avril.

Le sommeil est normal. Mlle P... nettoie le pavillon, l'état physique s'est amélioré.

Du 10 au 20 avril : Un demi-comprimé. Amélioration progressive, disparition de l'insomnie, cessation du traitement.

Il n'y eut aucune rechute, en octobre la malade est toujours à l'Asile et elle sortirait si quelqu'un la réclamait.

OBSERVATION XXVI

Mme V..., née C... Marie, 61 ans, ménagère.

Entrée le 14 janvier 1929.

Certificat de quinzaine : Délire polymorphe avec idées de persécution, d'empoisonnement. Auto-accusation. Dépression générale avec anxiété et insomnie. Garde le lit.

On a commencé le traitement le 12 mars.

Et du 12 au 24 : La malade prend chaque soir deux comprimés à 0,25. La première nuit a dormi de 8 h. 30 à 1 heure du matin, et les autres nuits de 8 h. 30 à 2 ou 3 heures. Quelques gémississements dans la journée, mais elle s'alimente seule.

Le 23, elle demande à se lever.

Du 25 au 30 : Un comprimé et demi. Même bon sommeil, est plus calme dans la journée et améliorée physiquement.

Du 31 mars au 15 avril : Un seul comprimé, l'amélioration continue. Dès lors, Mme V... ne prend plus de comprimés. Dort d'une façon régulière, travaille dans le pavillon, n'interprète plus tout dans le sens de la persécution.

Décédée le 25 août à la suite de gastro-entérite.

OBSERVATION XXVII

Mlle D... Adeline, 65 ans, lingère.

Entrée le 7 mars 1929.

Certificat immédiat : Accès de mélancolie avec idées hypo-

condriaque, idées de persécution, hallucinations auditives. Insomnie.

Le 9 mars : Deux comprimés à 0,25. Dort de 8 heures à minuit, après gémissements.

Du 10 au 12 mars : Trois comprimés pris entre 18 et 20 heures. Dort régulièrement de 20 h. 30 à 4 heures du matin. Léger abattement au réveil. Gémit le jour.

Du 13 au 25 mars : Deux comprimés. Le sommeil est normal. L'inquiétude est moins grande.

Du 25 mars au 12 avril : Un seul comprimé, le sommeil est excellent, la malade est très améliorée, s'alimente seule et travaille.

On cesse le traitement, l'insomnie a disparu, mais la malade demeure persécutée et hallucinée.

Traverse une crise d'agitation depuis juillet 1929 avec des alternatives de calme.

OBSERVATION XXVIII

Mlle M... Marie, 58 ans, cultivatrice.

Entrée le 21 juillet 1928.

Certificat de quinzaine : Mélancolie avec douleur morale, mutisme, sitiophobie, idées d'indignité.

Fin janvier 1929 : Alternatives d'agitation et de dépression.

Vers le 10 février : Très déprimée, gémit sans cesse, insomnie totale. Le Chloral est sans effet.

Le 15 février : Prend deux comprimés de 0,25 et dort de 9 heures à 1 heure du matin, ensuite se lamente le reste de la nuit.

Du 16 au 21 février : Trois comprimés (pris de 7 heures à 8 h. 30) et dort de 9 heures à 2 ou 3 heures du matin. Continue ensuite à se lamenter mais avec des rémissions.

Deux comprimés seulement sont donnés du 22 février au

10 mars. Le sommeil est le même et la malade est devenue plus calme, moins inquiète.

Un seul comprimé du 11 au 30 mars.

Elle dort environ six à sept heures par nuit. La médication est interrompue.

Fin avril : L'insomnie et l'anxiété ont disparu, mais la malade, affaiblie par la diarrhée, garde le lit.

OBSERVATION XXIX

Mme C..., née G... Angèle, 35 ans, ménagère.

Entrée — après une première sortie — le 20 août 1928.

Certificat de quinzaine : Dépression mélancolique avec idées de persécution (crainte d'empoisonnement). Sitiophobie.

En mars 1929 : Aucun changement dans l'état mental. La malade gémit sans cesse, refuse de s'alimenter. Insomnie complète et persistante depuis environ huit jours.

Le 10 mars : Deux comprimés à 0,25. Dort de 8 heures à 2 heures du matin.

Du 11 au 18 mars : Deux comprimés. Dort de 8 heures à 3 ou 4 heures du matin. Sommeil calme, régulier, pas de lassitude au réveil.

Du 19 au 28 mars : Un comprimé et demi. Même état. La malade s'alimente seule, se lève, s'occupe un peu.

Du 28 mars au 15 avril : Un seul comprimé. Le sommeil est normal, le travail régulier, les gémissements ont cessé.

L'amélioration va en progressant du 15 au 25 avril avec un demi-comprimé (0 gr. 12 cgr.) chaque soir. L'insomnie a disparu.

La sortie de la malade est demandée.

OBSERVATION XXX

Mlle F... Marie, employée de l'Etat, 35 ans.

Entrée le 18 avril 1929.

Certificat immédiat : Dépression mélancolique avec idées

polymorphes délirantes de persécution, de mysticisme. Insomnie totale.

Le 20 avril 1929 : Deux comprimés de 0,25. Dort de 8 heures à 2 heures du matin.

Même médication du 21 au 25 avril.

Dort de 8 heures à 2 ou 3 heures du matin.

Du 25 avril au 1^{er} mai : Avec un comprimé et demi on obtient le même résultat.

Le 1^{er} mai : La malade se lève, écrit une lettre sensée et affectueuse et demande à coudre.

Du 1^{er} au 12 mai : Un seul comprimé. Repose d'une façon calme et régulière. Aucun état de lassitude ni au réveil, ni dans la journée.

Le traitement cesse le 12 mai 1929.

La malade coud, lit. Elle reconnaît avoir vécu dans un rêve et demande sa sortie.

Elle sort guérie le 20 juin 1929.

OBSERVATION XXXI

M. M... Louis, 41 ans, garçon de recettes.

Entré le 23 avril 1929.

Certificat de quinzaine : Confusion intellectuelle. Impulsions violentes, tentatives de suicide répétées. Est réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire. A un pneumothorax artificiel. Gros appoint alcoolique.

En juin : Crise de *mélancolie anxieuse*, pense à sa famille, se lamente. Se laisse alimenter avec difficulté. Insomnie totale vers le 20 juin.

Du 20 au 24 juin : Deux comprimés à 0,25. Dort de 8 heures à 2 ou 3 heures du matin. Sensation de bien-être au réveil.

Du 25 juin au 5 juillet : Même succès avec un comprimé et demi.

L'inquiétude, pendant le jour, est très diminuée.

Du 6 juillet au 15 août : Ne prend qu'un comprimé à 0,25. Le malade repose d'un sommeil tranquille, a beaucoup plus de calme, de lucidité et demande à travailler au bureau.

Dans la nuit, il prend, de temps en temps, sur sa demande, un comprimé. Le travail de bureau n'est pas pour lui une cause d'insomnie.

Il se trouve déprimé, vers la mi-octobre, consécutivement à de fortes hémoptysies. Le Sédormid, à la dose de 0,25, pendant cette période, lui a toujours procuré un bon repos.

Cette dose semble être, pour M. M..., la dose optima.

OBSERVATION XXXII

Mme veuve P..., née R... Emilie, 61 ans, ménagère.

Entrée le 21 juin 1929.

A l'entrée : Dépression mélancolique avec douleur morale, perte de l'initiative, affaiblissement des facultés mentales. Insomnie depuis environ une année. Aucun sommeil depuis son admission.

Le 24 juin : La malade prend, le soir, à 8 heures, deux comprimés à une demi-heure d'intervalle et dort de 9 heures à 2 heures du matin. Elle sommeille légèrement ensuite. Dans la journée, la malade continue à se lamenter.

Du 25 au 30 juin : Le traitement est continué avec la même dose d'hypnotique. Le sommeil est d'une durée de six à sept heures et la malade, le jour, est moins tourmentée.

Du 1^{er} au 5 juillet : On ne donne qu'un comprimé et demi. Le résultat est le même, mais il y a une grande amélioration dans l'état mental et le 5 juillet Mme P... demande à s'occuper. Un seul comprimé est alors donné chaque soir jusqu'au 4 août et la médication est arrêtée.

Depuis cette date, la malade est calme; elle a récupéré le sommeil et fait preuve d'initiative.

Fin novembre : La malade va très bien.

OBSERVATION XXXIII

Mlle M... Marie-Antoinette, 29 ans, ménagère. Entrée le 19 juin 1929.

Certificat de quinzaine : Délire mélancolique avec idées de culpabilité, de suicide, de damnation (a essayé plusieurs fois d'attenter à ses jours). Refus de nourriture. Insomnie.

L'insomnie a résisté au Chloral et au Laudanum, et la malade, nourrie à la sonde, du 21 au 26 juin et ensuite à la cuiller, se lamente toute la journée.

Le 3 juillet, elle prend deux comprimés de Sédormit à 0,25, et dort de 9 heures du soir à 2 heures du matin et gémit ensuite.

Même traitement durant quatre jours : même résultat.

Le 8 juillet, il n'est donné aucun comprimé, la malade dort seulement une heure.

Le lendemain, deux comprimés sont donnés à nouveau et le sommeil de la malade est d'une durée de six à sept heures.

Même traitement du 10 au 14 juillet. Mlle M... est moins triste et s'alimente seule. Elle reste toujours inactive, mais passe de bonnes nuits.

Du 15 au 25 juillet, un comprimé et demi est seulement donné chaque soir. La malade repose bien la nuit, est moins inquiète le jour et cherche à s'employer dans le pavillon.

Jusqu'au 20 août, elle ne prend plus qu'un seul comprimé et dort normalement.

Il semble que pour Mlle M... cette dose de 0,25 de Sédormid soit une dose **optima**.

En décembre, la malade est très améliorée, l'insomnie a disparu. Elle reste néanmoins inquiète.

OBSERVATION XXXIV

H... Marie-Louise, veuve Ma..., ménagère, 64 ans.

Entrée le 30 mai 1929.

Certificat immédiat : Est atteinte de mélancolie avec mu-

tisme volontaire. Semi-stupeur. A présenté plusieurs fois des idées de suicide. Insomnie.

La malade est déprimée physiquement mais s'alimente.

Le 3 juin : On constate une insomnie complète. On commence alors le traitement et elle prend, le soir, deux comprimés de 0,25, mais ne dort que de 10 heures à minuit.

Le lendemain, on donne, de 8 heures à 9 heures du soir, trois comprimés de 0,25 et la malade dort de 9 h. 30 à 3 heures du matin. Le même traitement se continue pendant quatre jours. Le sommeil est calme et toujours d'une durée de cinq à six heures, aucune lassitude au réveil.

Le 9 : Deux comprimés sont seulement donnés le soir : même résultat.

Cette médication est continuée jusqu'au 20 juin. La malade semble alors se réveiller ; elle se lève, n'est plus prostrée et commence à s'intéresser.

On ne donne plus alors qu'un seul comprimé jusqu'au 14 juillet.

A cette époque, Mme H... dort normalement environ cinq ou six heures. Elle reconnaît avoir été malade, s'occupe un peu. On note également une grande amélioration dans l'état général.

On supprime la médication.

En septembre, la malade, toujours à l'Asile, s'occupe dans un ménage : elle est tout à fait normale. La sortie demandée est, pour des raisons familiales, différée au début de 1930. Sort guérie le 15 janvier 1930.

OBSERVATION XXXV

Mme Sab..., née D... Thérèse, 27 ans, ménagère.

Entrée le 2 mars 1929.

A l'entrée : Agitation maniaque.

Certificat de quinzaine : Est atteinte de confusion mentale

avec désordre des actes, gémississement automatique. Anxiété. Insomnie complète.

On commence le traitement le 18 mars. La malade prend, de 7 heures à 8 heures du soir, trois comprimés de Sédormid dosés à 0,25 et elle dort de 21 heures à 3 heures du matin. Même dose et même résultat les 19, 20 et 21 mars.

Du 22 au 28 mars, la malade ne prend que deux comprimés et repose tranquillement cinq à six heures chaque nuit.

Un seul comprimé est alors donné du 28 mars au 8 avril et on obtient le même succès.

Le 8 avril, la malade, moins inquiète, redevenue lucide (l'agitation est passée), demande à s'occuper. Elle ne prend plus qu'un demi comprimé jusqu'au 20 avril et la médication est arrêtée.

Le sommeil est normal, la malade travaille régulièrement à la couture. La sortie est demandée le 28 mai et la malade, très améliorée, est transférée, le 3 juillet, en Italie.

OBSERVATION XXXVI

M. D... Casimir, 44 ans, cultivateur (quatre enfants).

Entré le 13 mars 1929.

A l'entrée : Confusion mentale avec idées vagues de persécution. Mégalomanie. Craintes injustifiées. Wassermann négatif. Insomnie complète (gémît toute la nuit). Le début de la maladie remonte à un an.

Le 15 mars, le malade prend deux comprimés à une demi-heure d'intervalle et dort de 8 heures à minuit. Même résultat. Même résultat le 16 mars. Un comprimé pris vers 1 heure fait de nouveau retomber le malade dans le sommeil, de 1 h. 30 à 4 heures.

Du 17 au 21, M. D... prend, chaque soir, en une heure, trois comprimés. Il dort d'une façon régulière six ou sept heures et ne présente aucune indisposition au réveil.

Du 22 mars au 2 avril, le malade ne prend plus que deux comprimés. Le sommeil est normal, mais, dans la journée, les idées délirantes et de persécution sont les mêmes.

Un seul comprimé est donné du 3 au 20 avril et le traitement est interrompu.

Depuis cette date, le malade ne prend plus de Sédormid, sauf exception. Il a récupéré le sommeil, mais les idées de persécution persistent.

OBSERVATION XXXVII

Mlle B... Marie, ménagère, 56 ans.

Entrée le 17 janvier 1929.

A l'entrée : Délire ambulatoire avec obsession. Entend des voix. Répond à des sœurs imaginaires. Idées de persécution.

Fin février : Confusion mentale avec hallucinations auditives et visuelles. Craintes injustifiées. Fonds de débilité mentale. Insomnie.

On institue alors le traitement au Sédormid.

Le 2 mars, la malade prend deux comprimés à 0,25 et dort de 8 h. 30 à 3 heures du matin.

Même traitement du 3 au 12 mars, même succès.

Dès le 10, Mlle B... s'occupe dans le pavillon.

Du 13 au 20 mars, il n'est plus donné qu'un comprimé et demi. La malade dort, travaille dans la journée, se tient propre.

Du 21 mars au 5 avril, un seul comprimé chaque soir. L'amélioration progresse. On cesse alors le traitement.

La malade ne présente plus d'insomnie, elle travaille, son état physique est bon, mais il reste un délire mal systématisé de persécution.

En octobre, la malade semble très bien. Sa sortie est demandée, mais elle refuse de quitter l'Asile.

OBSERVATION XXXVIII

Mme R..., née C... Maria, 29 ans, ménagère (trois enfants de 1 à 7 ans). Entrée le 16 mars 1929.

Certificat de quinzaine : Est atteinte de confusion mentale hallucinatoire. Indifférence effective. Insomnie presque complète.

Le Chloral, le Bromure, l'Opium sont sans effet. La malade garde le lit.

Le 20 mai, on lui donne deux comprimés de 0,25 et elle dort de 9 heures à 3 heures du matin.

Même traitement du 21 au 27 mai. Même effet.

Le 28 mai, Mme R... demande à se lever. Elle est toujours très troublée et hallucinée. Elle s'alimente seule.

On continue la dose de deux comprimés à 0,25 jusqu'au 10 juin. Le sommeil a toujours une durée de six heures environ et la malade, qui reçoit bien son mari, demande des nouvelles de ses enfants.

On ne lui donne plus alors qu'un comprimé et demi du 10 au 22 juin. Le sommeil continue à être le même et la malade, améliorée, s'occupe un peu des travaux de nettoyage.

Du 22 juin au 10 août, elle prend, chaque soir, un comprimé. On arrête alors la médication.

La malade n'a plus d'insomnie. Elle travaille assez régulièrement, parle des siens, mais reste hallucinée, sans toutefois être trop tourmentée.

Elle sort très améliorée le 6 novembre 1929.

OBSERVATION XXXIX

Mme M..., née V... Lucienne, 29 ans, ménagère (un enfant).

Entrée le 16 mars 1929.

A l'entrée : Confusion mentale avec subagitation par inter-

valles. Indifférence affective. Exagération des réflexes rotuliens. Pupilles paresseuses. Insomnie.

Réaction de Wassermann négative le 30 mars.

Le 20 mars, avec deux comprimés à 0,25, la malade dort de 8 h. 30 à 2 heures du matin.

Du 21 au 31 mars, avec la même dose, elle dort pareillement.

Le 30, elle cesse d'être subagitée, elle devient triste, évite de répondre, gémit.

Du 1^{er} au 15 avril, elle ne prend plus qu'un comprimé et demi et dort de 8 heures à 2 ou 3 heures du matin. Elle gémit toujours dans la journée, reste levée, s'alimente seule. Le 15 avril, elle demande à coudre.

Du 15 au 26 avril, un seul comprimé. L'insomnie a disparu.

On cesse alors le Sédormid. La malade s'occupe un peu, mais l'indifférence effective demeure.

La malade sort très améliorée le 22 août 1929.

OBSERVATION XL

D... Charles-Albert, 19 ans, cultivateur.

Entré le 12 décembre 1928.

A l'entrée : Confusion mentale. Lenteur de l'idéation. Dépression générale. Hérité chargée (mère internée). Était mélancolique depuis octobre 1928. A fait des fugues. En mars 1929, aucun changement favorable ; de plus, crises d'anxiété, insomnie totale. Le malade gémit toute la nuit.

Le 20 mars, le malade prend deux comprimés et dort de 8 heures à 3 heures du matin.

Même traitement et même effet du 21 au 31 mars. D... reste somnolent jusqu'au réveil, qui a lieu à 5 h. 30.

Du 1^{er} au 25 avril, un seul comprimé. Le sommeil est normal et d'une durée de six heures environ.

Fin mai, le malade dort sans Sédormid, mais il est très déchu physiquement et mentalement.

OBSERVATION XLI

Mme D..., née P... Francia, 39 ans, ménagère (trois enfants).

Entrée le 24 juin 1929.

Certificat de quinzaine : Est atteinte de confusion mentale avec dépression, hallucinations probable de l'ouïe avec sensation d'influence. Hypochondrie. Refus de nourriture (crainte d'empoisonnement). Insomnie.

Le 15 juillet, on donne à la malade deux comprimés de Sédormid et elle dort environ six heures.

Même traitement du 16 au 25 juillet et même résultat. La malade demande alors à se lever et se nourrit sans crainte d'empoisonnement.

On ne lui donne plus alors qu'un comprimé et demi et le sommeil reste le même.

Le 4 août, Mme D... se met à coudre.

Elle prend un comprimé chaque soir jusqu'à la fin du mois. On cesse alors la médication.

La malade a retrouvé le sommeil. Elle s'occupe, mais reste très persécutée.

Même état fin décembre 1929.

OBSERVATION XLII

Mlle M... Madeleine, 18 ans.

Entrée le 13 juillet 1929.

Certificat de quinzaine : Est atteinte d'un abcès confusional avec agitation intermittente qui alterne avec des phases d'abattement. Désorientation complète. Insomnie.

La malade garde le lit, l'insomnie est totale. Le chloral et le laudanum n'ont donné aucun résultat.

Le 1^{er} août, en l'espace d'une heure et demie, on donne

à la malade trois comprimés de Sédormid à 0,25. Elle repose de 9 heures à 2 heures du matin.

Même traitement jusqu'au 5 août (trois comprimés), le sommeil est d'une durée de cinq ou six heures et, dans la journée, la malade est plus tranquille, moins tourmentée.

Du 6 au 15 août, on ne lui donne plus que deux comprimés. Elle repose bien et les accès d'agitation ne se reproduisent plus.

Mlle M... se lève un peu le 15 août.

Le sommeil, depuis cette date, redevient à peu près normal et la malade prend, chaque soir en se couchant, un comprimé, parfois deux, jusqu'à la fin de septembre.

A cette date, Mlle M... est redevenue calme, lucide ; elle s'habille, s'alimente seule, cherche à se rendre utile. On cesse la médication.

En décembre, on envisage la sortie de la malade.

Résultats cliniques. Doses - Mode d'emploi

Les résultats que nous avons obtenus de l'emploi de l'allylisopropylacétyl-carbamide viennent confirmer les données expérimentales exposées au chapitre IV, et ont été des plus encourageantes.

Nous avons utilisé ce médicament, en ingestion, sur de nombreux malades, à des doses comprises entre 25 et 75 centigrammes, et avons recueilli 41 observations.

Il n'est malheureusement pas assez soluble pour pouvoir bénéficier de la méthode hypodermique.

Nous avons utilisé l'allylisopropylacétyl-carbamide dans une série de cas d'insomnie de diverses origines : insomnie de la débilité mentale, de la démence organique, de la démence précoce, de l'algie nerveuse ; mais nous l'avons surtout et spécialement utilisé dans les insomnies tenaces des mélancolies anxieuses avec angoisse, douleur morale (19 observations) et dans les insomnies de la confusion mentale avec mélancolie et idées de persécution (11 observations).

Nous avons toujours obtenu de bons résultats, sauf chez les grands agités, et il y a eu retour au sommeil normal chez tous nos insomniaques.

Parmi les 19 cas de mélancolies anxieuses avec dé-

lire et insomnie rebelle, nous avons eu trois grandes améliorations (observations XXII, XXXI et XXXII), et sept cas que l'on peut considérer comme des guérisons (observations XV, XVII, XVIII, XXI, XXV, XXX et XXXIV).

Parmi les onze cas de confusion mentale avec mélancolie et idées vagues de persécution, nous avons obtenu deux guérisons (observations V et VI) et quatre grandes améliorations (observations XXXVI, XXXVIII, XXXIX et XLII).

Le sommeil survient au bout d'une demi-heure au minimum à une heure au maximum.

Le malade s'endort d'un sommeil calme et régulier, en tous points comparables au sommeil physiologique. Le pouls et la respiration ne subissent aucune modification.

Le réveil est naturel et complet d'emblée, sans cet état si désagréable et si pénible de somnolence prolongée et de lassitude (sensation d'ébriété, de malaise), inconvénient qui est fréquemment reproché aux barbituriques.

L'allylisoprophylacétyl-carbamide ne présente aucune toxicité, aucun effet nocif sur le cœur, le rein ; son contact avec les voies digestives ne provoque ni brûlures de l'œsophage et de l'estomac, ni nausées, ni diarrhée.

Enfin, il n'y a aucune accoutumance, puisqu'on l'administre à des doses décroissantes.

Pour donner de bons résultats, de grandes améliorations, voire même des guérisons, l'emploi doit être continué un certain temps (40 à 50 jours environ,

comme le montrent les observations), surtout dans les insomnies des psychasténiques (anxieux et confus avec mélancolie), pour habituer au sommeil des malades qui, en en dormant pas, entretiennent leur maladie et s'épuisent.

Il importe de commencer par une dose forte, 50 centigrammes d'emblée, pour avoir un résultat et donner confiance au malade.

Conclusions

I. — L'allylisopropylacétyl-carbamide est un uréide, c'est-à-dire de l'urée dans lequel le radical allylisopropylacétique a été substitué à l'un des hydrogènes du groupe aminé. Insoluble dans l'eau, il ne peut être employé en injections sous-cutanées.

II. — La toxicité de cet hypnotique est infime chez l'homme comme chez les animaux, ainsi que le démontrent physiologie et clinique.

On ne constate ni effet nocif sur le cœur et le rein, ni perturbations vaso-motrices, ni manifestations secondaires plus ou moins tardives. Utilisé à doses décroissantes (0,75 à 0,20), il peut être continué plusieurs semaines sans accoutumance.

III. — L'allylisopropylacétyl - carbamide aide dans la règle l'insomnie des débiles, des déments précoces, des paralytiques généraux. *Il se montre particulièrement efficace* sur l'insomnie des mélancoliques, des confus mélancoliques et des persécutés ; mais cet hypnotique reste totalement inefficace chez les grands agités.

IV. — Moins puissant et moins nocif que les barbituriques, l'allylisopropylacétyl-carbamide possède une action beaucoup plus énergique que celle des simples calmants comme les bromures, la valériane et le chloral.

C'est un hypnotique doux et inoffensif, que l'on peut prescrire sans crainte, et qui semble même avoir une action quasi curative dans certains cas de mélancolies anxieuses.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FROMENT.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 19 Mars 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ACHARD (Prof. Ch.). — Les empoisonnements barbituriques. In *Les Nouvelles Connaissances Médicales*, Paris, mars 1929.
- ALDAY-REDONNET. — Action narcotique des dérivés de l'acide barbiturique. In *Société de Biologie Espagnole et C. R. des Séances de la Société de Biologie*. Masson, éditeur, Paris, t. XCI, n° 28, 7 octobre 1924, p. 829-830.
- BAUMAN et KAST. — Zeit. f. phys. Chemie, XIV, 1889.
- BOEHME. — Arch. f. expert. Path., t. LII, p. 346.
- BUSQUET. — Les hypnotiques modernes. In *La Médecine*, Paris, n° 10 bis, août 1924.
- BYFORD. — On the physiology of repose or sleep. In *The American Journal of Medicine*. Sc., April 1856.
- CLAUDE (Prof.). — Maladies du système nerveux. In *Pathologie interne*, de Gilbert et Fournier, Baillière, édit., Paris, 1922.
- COMBEMALE (P.). — L'insomnie, son traitement. In *Pratique Médicale Française*, Paris, avril 1922, n° 18.
- COURBON (Paul). — Les nouvelles médications en neuro-psychiatrie. In *La Médecine*, Paris, avril 1924, n° 6 bis.
- DARRÉ. — Traitement des petits anxieux. In *Le Bulletin Médical*, Paris, 27 février 1929.
- DEMOLE. — La cure sédatrice en psychiatrie. In *Revue Neurologique*, Paris, 1921, décembre.
- DENY et CAMUS. — La psychose maniaque dépressive. In *Actualités Médicales*, Baillière, édit., Paris, 1907.

- DEVAUX et LOGRE. — Les anxieux, 1917, Masson, édit., Paris.
- DURHAM. — The physiology of sleep. In *Guy's Hospital Reports*, 1860.
- FILASSIER. — Psychiatrie d'urgence, Maloine, édit., Paris, 1925.
- FLEURY (de). — a) Etats dépressifs et neurasthénie ; b) L'angoisse humaine.
- GENIL-PERRIN. — L'asthénie anxieuse. In *La Prophylaxie mentale*, Paris, 1^{er} et 2^e trimestres 1928.
- HARDENBERG. — Les psychoses anxieuses et leur traitement. F. Alcan, édit., Paris, 1922.
- HECTREL. — La névrose d'angoisse, Masson, édit., Paris, 1917.
- HUNTE. — The cause and treatment of sleeplessness. In *Clinical Journal*, London, 1898.
- JANET (P.). — L'insomnie par idée fixe subconsciente. In *Presse Médicale*, Paris, 1897.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La neurologie française en 1924. In *La Médecine*, Paris, n° 5, février 1925.
- LECTOURE. — De l'insomnie et de son traitement. In *Gaz. des Hôp.*, 1897.
- LEVY-VALENSI. — a) Précis de psychiatrie. In *Bibliog. Gilbert et Fournier*, Baillière, édit., Paris, 1926 ; b) *Revue de Médecine*, F. Alcan, édit., Paris, 1925, mars, n° 3, p. 227.
- LOGRE (J.-B.). — Considérations sur le traitement des insomnies. In *Société de Thérapeutique*, séance du 8 décembre 1926 et *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, G. Doin, édit., Paris, t. XXXI, n° 10.
- MANACÉINE (Mme de). — a) Quelques expériences sur l'influence de l'insomnie absolue ; b) Pathologie, physiologie et hygiène du sommeil. In *Archives Italiennes de Biologie*, 1894.
- MARTINET (A.). — Thérapeutique clinique, Masson, édit., Paris, t. II.
- MASSELON. — La mélancolie, F. Alcan, édit., Paris, 1900.
- PERGET (G.). — Contribution à l'étude du traitement de l'insomnie. In *Thèse de Paris*, 1928.

- POUCHET (Prof. G.). — a) La médication analgésique et hypnotique. In *Progrès Médical*, Paris, 1924. n° 25, 21 juin ; b) Les dérivés barbituriques et les uréides. L'allylisopropylacétylcarbamide. In *La Pratique Médicale Française*, Paris, avril 1929.
- RAVINA (J.). — Sommeil normal et pathologique. In *La Presse Médicale*, Paris, 1928, 22 mai.
- REGIS (E.). — Précis de psychiatrie, Masson, édit., Paris.
- RITZ. — Note sur les propriétés analgésiques et hypnotiques des barbituriques. In *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1923, 12 mai.
- ROBIN (G.). — 1° *Presse Médicale*, Masson, édit., Paris, 1924, 3 décembre ; 2° *L'Encéphale*, Paris, n° 10, décembre 1924.
- SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — Psychiatrie, 2 volumes, Maloine, édit., Paris, 1921.
- TIBI (L.). — Traitement de l'insomnie des psychoses par l'allylisopropyl-acéturéide. In *Thèse de Lyon*, 1928.
- TIFFENEAU et ANDELY. — Contribution à l'étude pharmacodynamique de la fonction hypnotique. In *Bulletin des Sciences Pharmacologiques*, mai 1921.
- TOURNAY-LHERMITTE. — Rapport sur le sommeil normal et pathologique. *Revue Neurologique*, Paris, 1927, t. I, p. 751, 822, 885.
- WIKI (B.). — Recherches pharmacodynamiques sur les somnifères. In *Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie*, Doin, édit., Paris, vol. XXVII, fasc. I-II, 1922, p. 117-161.
-

TABLE DES MATIÈRES

<i>Chapitre Premier.</i> — Considérations générales sur le sommeil.....	9
<i>Chapitre II.</i> — Insomnie dans l'aliénation mentale et en particulier dans la mélancolie anxieuse.....	15
<i>Chapitre III.</i> — Traitement de l'insomnie des aliénés.....	19
<i>Chapitre IV.</i> — L'allylisopropylacétyl-Carbamide. Pharmacologie. Action thérapeutique.....	23
<i>Chapitre V.</i> — Observations.....	27
Résultats cliniques - Doses - Mode d'emploi.....	59
Conclusions.....	63
Bibliographie.....	65
